

Zamawiający:

SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY IM.DR. LUDWIKA BŁAŻKA W INOWROCŁAWIU
UL.POZNAŃSKA 97
88-100 INOWROCŁAW
(pełna nazwa/firma, adres)

FORMULARZ OFERTY

Ja/my* niżej podpisani:
Tomasz Bork – Prezes Zarządu
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Działając w imieniu i na rzecz:
Ralf Medical Sp. z o.o.
(pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)

Adres: Sieradzka 10 lok.2

Kraj Polska

Województwo Wielkopolska

REGON 302714160

NIP: 7792421458

TEL. 61 223 20 91

Adres e-mail: biuro@ralfmedical.pl

(na które Zamawiający ma przysyłać korespondencję)

Osoba wskazana do porozumiewania się z Zamawiającym w trakcie prowadzonego postępowania:

Tomasz Bork tel. 600 331 180 e-mail tb@ralfmedical.pl

Adres do korespondencji j.w.

Osoba wskazana do porozumiewania się z Zamawiającym w trakcie realizacji umowy:

Anna Pera tel 602 298 981 e-mail ap@ralfmedical.pl

Adres do korespondencji j.w.

Wykonawca jest mikro -~~TAK/NIE*~~, małym -~~TAK/NIE*~~, średnim przedsiębiorcą -~~TAK/NIE*~~

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego na **Dostawy implantów ortopedycznych dla Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu**

Nr postępowania D-24/2024

- 1. SKŁADAMY OFERTĘ** na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia, na następujących warunkach:

OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA :

Oferujemy dostawy implantów ortopedycznych w następujących cenach:

Pakiet Nr 2

389 350,00 zł netto + 8 %VAT = 420 498,00 zł brutto

Pakiet Nr 11

50 500,00 zł netto + 8 %VAT = 54 540,00 zł brutto

- 1) Cena oferty brutto za **realizację całego zamówienia** wynosi: 475 038,00 zł., w tym podatek od towarów i usług(VAT),wg stawki: 8%
- 2) Wartość przedmiotu użyczenia: pakiet 2 wynosi 195 990,00 zł netto + 8% VAT = 211 669,20 zł brutto, pakiet 11 wynosi 46800,00 zł netto + 8% VAT = 50 576,40 zł
- 3) Przedmiot użyczenia jest ubezpieczony: ~~TAK~~/NIE
- 4) Dostawy implantów ortopedycznych odbywać się będą wg bieżących zamówień w terminie – do 2 dni roboczych od otrzymania zamówienia, w okresie 24 miesięcy od dnia podpisania umowy.
- 5) Termin ważności oferowanych implantów ortopedycznych minium 12 m-cy.
- 6) Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie na zasadach opisanych we wzorze umowy w terminie 60 dni od otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.
- 7) Wadium w wysokości **13 500,00 PLN** (słownie: trzynaście tysięcy pięćset złotych), zostało wniesione w dniu 19.06.2024 r. w formie : przelewu
- 8) Prosimy w zwrot wadium (wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art.98 ustawy PZP, na następujący rachunek:
76124017501111001057014549
- 9) **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte.
- 10) **OŚWIADCZAMY**, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
- 11) **OŚWIADCZAMY**, że jesteśmy związani niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia 18.09.2024 r.
- 12) **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z Projektowanym i Postanowieniami Umowy – wzorem umowy, określonymi w Załączniku nr 5 Do Specyfikacji Warunków Zamówienia i **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ**, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach w nich określonych.
- 13) **SKŁADAMY** ofertę na _____stronach.
- 14) Wraz z ofertą **SKŁADAMY** następujące oświadczenia i dokumenty:
 1. Załącznik nr 2
 2. Załącznik nr 3- JEDZ
 3. Załącznik nr 3.1
 4. Załącznik nr 4
 5. Potwierdzenie zapłaty wadium
 6. Oświadczenia

Informacja dla Wykonawcy:

Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem(-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.

*niepotrzebne skreślić

